



DOSSIER INDIVIDUEL DE RENSEIGNEMENT

Dates : du au

RENSEIGNEMENT SUR L'ENFANT

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance : Sexe : F / M

Adresse : CP+ Ville :

Tél domicile : Tél portable :

Courriel de la famille :

Classe fréquentée : L'enfant vient-il pour la première fois en colonie de vacances **Oui / Non**

L'enfant vient-il pour la première au centre du Croux **Oui / Non**

L'enfant a-t-il peur de certains animaux **Oui / Non** Si oui, lesquels :
(beaucoup d'animaux sur le centre)

L'enfant a-t-il déjà pratiqué l'équitation **Oui / Non** Niveau équestre ou diplôme :

Poids : Taille : *(Ces informations nous permet d'attribuer au mieux les poneys aux enfants)*

Si l'enfant souhaite être dans la même chambre qu'un autre enfant, préciser le nom et prénom de celui-ci
..... (Attention, il n'est pas toujours possible d'accéder à ce souhait)

RENSEIGNEMENT SUR LA FAMILLE

Personne ayant l'autorité parentale : père - mère - tuteur

Nom et prénom du père : Profession :

Nom et prénom de la mère : Profession :

Nom et prénom du tuteur * :

* Adresse - tél et courriel si différent de celui de l'enfant :

N° de sécurité sociale concernant l'enfant :

L'assuré cotise t-il à une mutuelle : **Oui / Non** Si oui, laquelle :

Si l'enfant est suivi par l'Aide Social à l'enfance, précisez le nom, prénom et tél du responsable :

L'enfant à t-il le droit de rentrée en contact avec sa famille (père, mère, grand parent, ...) durant le séjour **Oui / Non**

Si oui, quelles sont les modalités :

INFORMATIONS DIVERSES QUE VOUS SOUHAITEZ NOUS COMMUNIQUER

Sous pli confidentiel à la directrice du centre (situation familiale, comportement ou habitudes particulières)

.....

.....

.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Il est utile de munir l'enfant de son **carnet de santé** et de sa **carte vitale**. Si l'enfant bénéficie de la **CMU**, nous fournir une photocopie de l'attestation.

Indiquer l'année où votre enfant a eu une des maladies suivantes :

Typhoïde : Scarlatine : Rougeole : Diphtérie :

Coqueluche : Oreillons : Otite : Varicelle :

Indiquer l'année des vaccinations de l'enfant et injections de sérum

Variole : Diphtérie-tétanos-typhoïde : BCG :

Anti-Polio : ROR :

Interventions subies avec dates :

.....

Allergies :

L'enfant est-il susceptible de faire des crises d'asthme : **Oui / Non** Du rhumatisme : **Oui / Non**

Régime alimentaire particulier (sans porc, sans viande, végétarien, diabète, etc. :

.....

L'enfant porte t-il des lunettes : **Oui / Non** Si oui, quand doit-il les porter :

L'enfant porte t-il un appareil auditif : **Oui / Non**

L'enfant est-il atteint d'incontinence fécale : **Oui / Non** D'incontinence urinaire : **Oui / Non**

.....

Autres renseignements à nous donner :

.....

AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE

Nous soussignées, Père, Mère, Tuteur, responsable légal de l'enfant

* autorisons le directeur du centre ou son représentant à faire soigner notre fils - fille et à faire pratiquer tous les examens cliniques, biologiques, imageries, interventions et traitements médicaux nécessités par son état de santé durant son hospitalisation.

* nous engageons à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels.

* nous engageons à prendre à notre charge les suppléments dus à un retour anticipé de notre enfants ainsi que les frais d'accompagnement.

Fait à, le

Signature

--	--

DROIT A L'IMAGE

- **Autorisons - n'autorisons pas** le centre du Croux à utiliser es photos sur lesquelles notre enfant pourrait apparaître pour constituer des albums souvenirs, illustrer les documents d'information du centre ou de son site internet

Fait à, le

Signature

--	--